

включать консультацию у врача-хирурга с последующим плановым оперативным лечением.

**Выводы.** Лапароскопический адгезиолизис является более предпочтительной операцией при спаечной болезни, однако выполняется достаточно редко.

Пациент со спаечной болезнью брюшной полости должен быть информирован врачом о возможных рисках и осложнениях этого заболевания. Пациенту должен быть предоставлен обоснованный выбор консервативного или оперативного лечения в плавном порядке.

## **АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В УЗ «МОГИЛЕВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА» С 2010 по 2015 гг.**

Ковалев С. А., Татаринов В. С., Савостенко И. Я., Карасев С. Н.,  
Ковалкин Е. П., Петрошевский С. С.

УЗ «Могилевская областная больница»,  
г. Могилев, Республика Беларусь

**Введение.** Кишечная непроходимость (ileus) – синдром, характеризующийся частичным или полным нарушением продвижения содержимого по пищеварительному тракту и обусловленный механическим препятствием или нарушением двигательной функции кишечника. Острая непроходимость кишечника (ОКН) - это одно из наиболее тяжелых заболеваний в неотложной абдоминальной хирургии. Частота ОКН на протяжении последних лет сохраняется, а летальность при данной патологии не имеет тенденции к снижению.

**Цель:** провести анализ случаев госпитализации пациентов с ОКН разной природы, лечившихся в первом хирургическом отделении УЗ «Могилевская областная больница» за период с 2010 по 2015 гг.

**Материал и методы.** Из 191 пациента, которые лечились с острой кишечной непроходимостью, 92 (48%) были мужского пола, 99 женского пола (52%), в возрасте от 17 до 90 лет (средний возраст 57,5 года), работающих 90 (47%) и неработающих 101

(53%). Поступили в сроки до 6 часов - 61 (31,9%), до 24 часов - 83 (43,5%) и после 24 часов - 47 (24,6%) пациентов. Консервативное лечение получили 95 (49,7%), оперативное 96 (50,3%) человек. Предоперационное пребывание составило от 1 часа до 7 дней, послеоперационное от 1 до 62 дней (среднее 13,9 дня), всего пребывание в стационаре от 1 до 62 дней (среднее 9,3 дня).

Наибольшее количество пациентов было с острой спаечной кишечной непроходимостью – 149, копростаз выявлен у 11, заворот сигмовидной кишки у 5, заворот слепой кишки диагностирован в 1 случае, стеноз межкишечного анастомоза - 1, рубцовая стриктура тонкой кишки – у 4, перекрут жирового привеска толстой кишки с непроходимостью – у 1, стриктура подвздошной кишки и туберкулезное поражение – у 1, дивертикул Меккеля с острой кишечной непроходимостью – у 1, полип тонкой кишки, вызвавший непроходимость, – в 1 случае, тонко-тонкокишечная инвагинация у 1 пациента. Среди непроходимостей опухолевой природы рак сигмовидной кишки выявлен в 5 случаях, рак печеночного угла ободочной кишки у 4 пациентов, опухоль селезеночного угла у 4, поперечно-ободочной кишки в 1 случае, рак матки с острой кишечной непроходимостью у 1 пациентки.

**Результаты и обсуждение.** Выполнены следующие оперативные вмешательства: лапаротомия и рассечение спаек (52), рассечение спаек с резекцией тонкой кишки с анастомозом бок в бок (14), левосторонняя гемиколэктомия (4), цекопексия (1), рассечение спаек с резекцией тонкой кишки с анастомозом конец в конец (8), правосторонняя гемиколэктомия (5), удаление дивертикула Меккеля (1), резекция тонкой кишки с илеоасцендоанастомозом конец в бок (3), деторсия сигмовидной кишки с мезосигмопликацией (2), обходной еюнотрансверзоанастомоз (1), резекция сигмовидной кишки с концевой колостомой (5). Произведено 5 релапаротомий и 1 ушивание эвентрации. Все анастомозы выполнялись однорядными узловыми швами рассасывающими нитями из полигликолевой кислоты. Осложнения развились в 18 случаях (9,4%). Умерли 2 пациента с острой спаечной кишечной непроходимостью после оперативного лечения (рассечения спаек

и резекции тонкой кишки), 84 и 85 лет от полисегментарной двухсторонней пневмонии (у одного в послеоперационном периоде возникло неокклюзионное нарушение мезентериального кровообращения с сегментарным некрозом тонкой кишки, у второго эвентрация с перфорацией тонкой кишки).

**Выводы.** В подавляющем количестве случаев причиной острой кишечной непроходимости является спаечная болезнь брюшной полости, что требует разработки современных и действенных методов профилактики спайкообразования, аккуратного и бережного обращения с тканями во время проведения оперативных вмешательств, минимизации оперативных доступов (лапароскопические технологии и роботоассистированные методики).

Причина кишечной непроходимости опухолевой природы требует более раннего выявления на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи, с направлением на специализированное лечение в онкологические стационары для проведения своевременного и радикального лечения.

Во всех случаях, когда диагноз острой механической кишечной непроходимости установлен или предполагается, пациент должен быть экстренно госпитализирован в хирургический стационар.

Экстренное хирургическое вмешательство после кратковременной предоперационной подготовки (не более 2 часов) показано только при наличии перитонита и клиники странгуляционной кишечной непроходимости, в остальных случаях лечение начинают с консервативных и диагностических (если диагноз окончательно не подтвержден) мероприятий. При отсутствии эффекта от консервативного лечения показано оперативное лечение.

Формирование межкишечных анастомозов должно проводиться прецизионно однорядными швами рассасывающими нитями только на жизнеспособных тканях.

Консервативное лечение эффективно лишь в случаях исчезновения боли в животе, вздутия живота, прекращения рвоты, тошноты, адекватного отхождения газов и кала, исчезновения или резкого уменьшения шума плеска и синдрома

Валя, значительного уменьшения количества горизонтальных уровней на рентгенограммах, а также явного продвижения бариевой контрастной массы по тонкой кишке и появления её в толстой через 4-6 часов от начала исследования наряду с разрешением явлений копростазы на фоне проводимых клизм.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ГЕМОБЛОК В СОЧЕТАНИИ С СОВРЕМЕННОЙ ПРОТИВОЯЗВЕННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Ковалев А. И., Марченко И. П., Немкова А. И., Солдатов Е. А.,  
Петров Д. Ю.

Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана, г. Москва,  
Россия (главный врач – О. В. Папышева)  
Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова,  
факультет фундаментальной медицины, кафедра хирургии  
(зав.кафедрой – академик РАН, проф. В. А. Кубышкин), г. Москва, Россия

**Введение.** Проблема эффективного гемостаза гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии до настоящего времени остается одной из самых актуальных в экстренной хирургии. Показатели летальности при данной патологии сохраняются достаточно высокими, достигая при рецидиве кровотечения 30-40%.

**Цель исследования:** повышение эффективности эндоскопического гемостаза кровоточащих гастродуоденальных язв, разрывов слизистой оболочки с помощью гемостатического препарата Гемоблок.

**Материал и методы.** Исследование, проводимое в течение последних двух лет, включало 101 пациента с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной природы, а также с синдромом Меллори-Вейсса. Мужчин было 78, женщин – 23, в возрасте от 18 до 75 лет (средний возраст составил 45,6±15,3 года). Тяжесть кровопотери легкой степени была выявлена у 17 (16%) пациентов, средней – у 50 (50%), тяжелой – у 34 (34%) пациентов.